

CERERE-TIP

pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale
devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul unui stat
membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv
Confederației Elvețiene

Către Casa de Asigurări de Sănătate

Adresa

Data

Stimate domnule/Stimată doamnă președinte-director general,
Prin prezenta, subsemnatul(a), ^*1),
domiciliat(ă) în localitatea, str. nr.
....., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon, în calitate de:

asigurat, codul numeric personal

membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau persoană
împuternicită al/a asiguratului ^*2), având
următoarele date de identificare: codul numeric personal,
domiciliul în localitatea, str. nr.
....., bl., sc., et., ap., județul/sectorul
....., telefon

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în
timpul șederii temporare pe teritoriul statului,
asistență medicală acordată fără a se prezenta cardul european de asigurări
sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de
asigurări sociale de sănătate sau în cazul în care acesta nu a fost recunoscut
de unitatea sanitară de la locul de ședere.

Solicit ca rambursarea contravalorii asistenței medicale să se realizeze:

1. la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de
ședere, conform procedurii instituite pentru utilizarea formularului E 126 sau
similar;

2. la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care
reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare
la data efectuării plății; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil
procedura prin utilizarea formularului E 126 sau similar în vederea determinării
serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului
membru respectiv.

Anexez prezentei următoarele documente:

a) documente în original, care dovedesc efectuarea plății;
b) copiile ^*3) documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de
care am beneficiat.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria
răspundere prin care, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire
la falsul în declarații, certific faptul că serviciile medicale au fost

natura celor devenite necesare și că deplasarea nu a avut ca scop beneficierea de tratament medical, precum și faptul că nu am solicitat direct instituției de la locul de ședere rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară.

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr.....
..... ^*4), deschis la
^*5), numele/prenumele beneficiarului contului.....
....., CNP beneficiar cont
.....

Prin utilizarea /furnizarea/inserarea datelor cu caracter personal în prezentul înscris, cunoscând că, CAS Iași este operator de date cu caracter personal, îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul cererii/petiției/documentului depus.

Semnătura solicitantului
.....

^*1) Numele și prenumele solicitantului.

^*2) Numele și prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.

^*3) Certificate „conform cu originalul” și semnate de solicitant.

^*4) Codul IBAN aferent contului în care se solicită rambursarea; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.

^*5) Banca la care este deschis contul în care se solicită rambursarea sumei; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.
